

Les prises en charge ambulatoires

Le virage ambulatoire vise le transfert des soins dispensés à l'hôpital vers la médecine de ville, mais aussi le transfert d'activités intrahospitalières conventionnelles vers le secteur ambulatoire hospitalier (unités de chirurgie ambulatoire, hôpital de jour, consultations).

De quoi parle-t-on ? Définition et approches sémantiques du virage ambulatoire

Protection sociale et hôpital¹ ont toujours été intimement liés au cours de l'histoire, en assimilant hébergement, assistance et soins. Le virage ambulatoire change la donne.

Notre système de protection sociale a évolué dans l'histoire, depuis la charité chrétienne jusqu'à l'assistance solidaire en passant par les assurances sociales, avec les adoptions successives de la loi sur les assurances sociales en 1928, puis les ordonnances de 1945 créant la Sécurité sociale, puis la création de la couverture maladie universelle (CMU) en 1999 et enfin de la protection universelle maladie en 2016. Actuellement, toute personne résidant de façon régulière et stable en France voit ses droits ouverts à la prise en charge de ses frais de soins, parachevant le passage d'un système bismarckien, fondé sur les assurances sociales, à un système Beveridgien d'assistance. On est passé d'un système assurantiel (versement d'une prestation santé en contrepartie d'une cotisation) financé par les cotisations sociales et patronales à un système assistanciel

(versement d'une prestation sans contrepartie) financé par l'impôt solidaire.

Parallèlement, notre système de santé français s'est structuré historiquement autour de l'hôpital, qui est devenu au cours du xx^e siècle un lieu de soins, après avoir été longtemps un lieu d'hébergement pour les seuls indigents (anciens hospices et hôtels-Dieu), puis récemment un lieu d'enseignement et de recherche avec la création des centres hospitaliers universitaires de la loi Debré, en 1958.

La médicalisation relativement récente de l'hôpital s'est ainsi façonnée autour de l'héritage de l'hôpital hébergeur. La notion de « lits » (les dons des bienfaiteurs permettaient d'ouvrir des lits) et leur valeur patrimoniale restent donc une symbolique importante au niveau de l'hôpital. Toute diminution du nombre de lits, même si elle est la simple résultante d'une moindre occupation et d'un moindre hébergement liés au virage ambulatoire, constitue encore une pierre d'achoppement et une cristallisation des passions autour de cette « perte patrimoniale ». La prise en charge médicale reste principalement envisagée sous le prisme du patient couché dans un lit d'hôpital, passif, à la disposition des équipes de soins et hébergé pendant plusieurs nuitées dans un service.

Gilles Bontemps
Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins,
Caisse nationale d'assurance maladie

1. Le terme générique « hôpital » recouvre les hôpitaux publics et les cliniques privées.



Les défis du virage ambulatoire pour l'hôpital

Le modèle de cet hôpital figé sur l'hébergement va devoir faire face à plusieurs défis d'ordres structurel et conjoncturel et prendre une nouvelle place dans le virage ambulatoire annoncé. Tout d'abord, l'hôpital devra répondre aux questions structurelles en lien avec cinq révolutions et leurs conséquences.

- Révolution démographique : le vieillissement de la population et son corollaire, l'augmentation des pathologies chroniques, sont suivis majoritairement en ville et non plus à l'hôpital.
- Révolution technologique et thérapeutique : le développement de la chirurgie robotique, de la chirurgie micro-invasive, de la radio-chirurgie, raccourcit notablement les durées de séjour hospitalières, voire les réduit à la journée, alors que la chimiothérapie à domicile, les médicaments innovants, les thérapies ciblées ne déclenchent plus systématiquement d'hospitalisation.
- Révolution des nouvelles technologies d'information et de communication : les *big datas*, objets connectés, outils d'aide au diagnostic et la télémédecine révolutionnent l'approche thérapeutique.
- Révolution des bonnes pratiques professionnelles : le développement de la récupération améliorée après chirurgie et la réhabilitation raccourcissent les périodes d'immobilisation à l'hôpital et permettent plus rapidement de retrouver une autonomie.
- Révolution des organisations : le développement de la chirurgie ambulatoire, la gestion des flux et le *lean management* permettent de repenser en totalité les parcours des patients et de réduire les temps de séjours hospitaliers à quelques heures.

À cela s'ajoute la question conjoncturelle, liée à l'impact de la crise sanitaire du Covid-19.

- L'hôpital a été durant cette crise de nouveau au centre du dispositif, avec le nombre de lits de réanimation qui a structuré la vie et l'organisation du pays pendant deux ans.
- Le retour de la prévention des maladies infectieuses, l'augmentation du risque des infections nosocomiales, l'adoption de la gestion des flux dans l'organisation hospitalière (flux courts, flux séparés...), l'impact des déprogrammations chirurgicales et des soins retardés constituant une perte de chance pour les patients, l'explosion des téléconsultations ont rythmé la crise liée au Covid-19.

L'ambiguïté des notions et un virage ambulatoire qui a du mal à s'organiser

Mais, ce virage ambulatoire, qui structure la politique de santé depuis plusieurs années, jusqu'à constituer un des objectifs prioritaires de la stratégie nationale de santé 2018-2022 et du programme ma santé 2022, est ambigu, car il recouvre des périmètres et des notions variables. Une approche sémantique préalable et une stabilisation des concepts et des définitions sont impératives, sauf à risquer d'entraîner une confusion des ressentis et une désorganisation des actions.

Virage signifie « tourner », « changer de direction », « changer de logique », sortir du modèle préexistant du « tout-hôpital »

et basculer vers un autre modèle ; mais jusqu'où aller dans la « déshospitalisation », et dans quelle direction ?

Ambulatoire, *ambulatorius* en latin, indique « mobile », « qui va et qui vient ». Le patient n'est plus couché et passif dans un lit à la disposition des équipes médicales et soignantes, mais debout, actif, se mouvant et vaquant à ses occupations habituelles, participant aux choix thérapeutiques. Ce nouveau statut du patient oblige une organisation autour d'un parcours de prise en charge pour qu'à un moment donné une rencontre entre le patient et l'équipe médicale et paramédicale puisse avoir lieu dans les meilleures conditions possibles. Le patient devient le centre du dispositif, il n'est plus une des composantes de la prise en charge, mais LA composante principale.

De plus, l'adjectif ambulatoire est ambigu en santé, puisque, simultanément, on parle de médecine ambulatoire pour évoquer la médecine de ville, effectuée dans un cabinet médical libéral (qui peut aussi être situé dans une clinique privée) ou dans un substitut regroupant dans un hôpital les consultations externes et les équipes mobiles, et on pratique la chirurgie ambulatoire exclusivement dans un établissement de santé, donc hors cabinet.

Pour la chirurgie ambulatoire, la confusion s'est portée jusque dans les termes mêmes des lois hospitalières de 1970 et 1991 et de ses décrets d'application de 1992², qui ont mélangé chirurgie ambulatoire et hospitalisation à domicile (HAD), définies toutes les deux comme des alternatives à l'hospitalisation. En effet, la chirurgie ambulatoire n'est pas *stricto sensu* une alternative à l'hospitalisation, mais reste bien une alternative à l'hospitalisation complète avec des patients pris en charge la journée dans des places de chirurgie ambulatoire regroupées dans des unités de chirurgie ambulatoire (UCA). L'hospitalisation à domicile constitue bien pour sa part une vraie alternative à l'hospitalisation, puisqu'elle délivre des soins au domicile des patients. Il aurait fallu pour la chirurgie parler de « chirurgie de jour » plutôt que de « chirurgie ambulatoire » pour lever cette ambiguïté, comme on le fait d'ailleurs dans d'autres pays : en Allemagne (*tageschirurgisch*) ou en Italie (*day surgery*).

Cette confusion originelle s'est pérennisée dans d'autres textes officiels portant notamment sur la tarification des séjours de chirurgie ambulatoire :

- la circulaire budgétaire de 2004 assimilait du point de vue des tarifs le « vrai » séjour ambulatoire sans nuitée et le « faux » séjour ambulatoire de très courte durée avec une nuitée d'hospitalisation ;
- le modèle de la tarification à l'activité (T2A), mise en place progressivement à partir de 2004, n'aurait pas dû s'appliquer pour la chirurgie ambulatoire car la principale variable pour tarifier un séjour dans le modèle T2A est la durée de séjour (plus la durée de séjour est longue, plus le tarif du séjour est élevé). Or, pour l'ambulatoire, la durée de séjour est nulle (pas d'hébergement avec nuitée). On l'a malgré tout appliqué : les tarifs ambulatoires étaient

2. Décret n° 92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques des structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du Code de la santé publique.

donc par construction moins élevés qu'en hospitalisation complète, alors que l'intervention en chirurgie ambulatoire et son environnement sont identiques dans les deux prises en charge et que, de plus, la qualité des soins est supérieure en chirurgie ambulatoire. Les pouvoirs publics ont fait marche arrière plusieurs années après en instituant progressivement le tarif identique (même tarif en ambulatoire et en hospitalisation complète), ce qui de fait « sort » la chirurgie ambulatoire du modèle T2A.

Cette ambiguïté sur les notions d'ambulatoire et de virage ambulatoire se continue dans les définitions, et donc les périmètres, de ce qui relève de la médecine hospitalière, chirurgie hospitalière, médecine interventionnelle et soins externes. Du fait de l'absence de définition légale qui précise ce que recouvre un acte chirurgical, un séjour de médecine ou un acte interventionnel, la définition se fait par défaut au gré des nomenclatures, des classifications et des textes publiés. Quelques exemples :

- la classification commune des actes médicaux (CCAM) considère l'acte suivant comme un acte chirurgical, alors qu'il est traité, comme de la médecine par la T2A : NEEPO02 (réduction orthopédique d'une luxation de prothèse de l'articulation coxofémorale); la procédure de mise sous autorisation préalable (MSAP) issue de la loi de financement de la Sécurité sociale de 2008 considère l'acte suivant comme chirurgical, alors que l'instruction du 28 septembre 2015³ le voit comme de la médecine : JKFE002 (résection de myome de l'utérus, par hystérocopie);
- l'instruction ministérielle du 28 septembre 2015 considère les interruptions volontaires de grossesse (IVG) médicamenteuses comme de la chirurgie nécessitant un passage au bloc opératoire, au même titre que les IVG instrumentales, alors qu'elles relèvent très manifestement de la médecine et alors même que le décret du 15 avril 2021⁴ autorise sous conditions la pratique d'IVG instrumentales sous anesthésie locale en centres de santé, lesquels curetages bénéficient actuellement de la prise en charge hospitalière.

Ces quelques exemples sont loin d'être anodins, puisqu'ils représentent annuellement un million d'actes.

Une ambiguïté renforcée par l'évolution technologique

Parachevant ces ambiguïtés, l'évolution des techniques vient impacter encore plus cette instabilité des textes, des nomenclatures et des classifications. La frontière devient de plus en plus poreuse entre la chirurgie classique avec effraction corporelle, qui nécessitait une prise en charge en chirurgie traditionnelle par un chirurgien, et l'activité dite interventionnelle, qui se fait en consultation par un médecin (gastro-entérologue, radiologue, cardiologue). On peut citer la pose de Mitraclip par voie percutanée pour insuffisance mitrale en cardiologie interventionnelle, la pose de prothèse aortique abdo-

minale par voie endovasculaire, la vertébroplastie ou cyphoplastie par ballonnet en neuroradiologie.

Cette évolution n'est pas encore prise dans les textes et ne le sera pas dans les années qui viennent puisque les nouveaux décrets d'autorisation d'activité de soins en cours de publication reprennent la séparation entre activité de chirurgie et activité interventionnelle, alors que le geste en tant que tel ou la personne qui pratique ce geste (chirurgien ou médecin) compte moins que le niveau d'environnement technique adéquat et les compétences nécessaires.

Pour ce qui concerne la médecine ambulatoire, au-delà de la question sémantique hôpital ou ville, la médecine ambulatoire hospitalière est aussi peu caractérisée. Il n'y a pas de lieu de production dédiée, pas d'acte caractéristique, pas de tarification précise via les groupes homogènes de malades. Ainsi, la médecine ambulatoire peut regrouper des séances de soins (chimiothérapie, radiothérapie, immunothérapie), de la médecine interventionnelle (gastroscopie, coloscopie, chirurgie endovasculaire...), des bilans en hôpital de jour (HDJ) et des passages en unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD). Pour chacune de ces prises en charge, les durées de séjour peuvent être variables (de quelques heures à trois jours) et les circuits sont spécifiques, non transposables entre ses différentes composantes.

À cette difficulté de caractériser la médecine ambulatoire hospitalière s'ajoute la question de la frontière entre l'hospitalisation et la ville, notamment au travers des « soins externes » dits actes et consultations externes (ACE). Ce sont des soins pratiqués à l'hôpital, mais dont le niveau d'environnement est celui d'un cabinet de ville libéral. Il n'y a aucun recueil d'informations sur les soins externes et donc aucune connaissance précise des pratiques. Le texte qui régissait cette frontière, dite « circulaire frontière »⁵, publié en 2010, a été source d'incompréhensions, car, d'une part, la frontière était définie par défaut en ne précisant que l'hospitalisation (HDJ ou UHCD) et, d'autre part, les seules règles de facturation des hospitalisations d'ordre administratif étaient insuffisamment précises.

Pour la facturation d'un séjour en unité d'hospitalisation de courte durée, il fallait trois conditions : un caractère instable ou un diagnostic incertain; une surveillance médicale et un environnement paramédical ne pouvant être délivrés que dans le cadre d'une hospitalisation; la réalisation d'examens complémentaires ou d'actes thérapeutiques. Pour la facturation d'un séjour en hospitalisation de jour, les trois conditions cumulatives étaient les suivantes : une admission dans une structure d'hospitalisation individualisée disposant de moyens en locaux, en matériel et en personnel adaptés; un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique d'anesthésie ou par une équipe dont la coordination est

3. Instruction DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020.

4. Décret n° 2021-454 du 15 avril 2021 relatif aux conditions de réalisation des IVG instrumentales en centre de santé.

5. Instruction n° DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).



assurée par un médecin ; l'utilisation d'un lit ou d'une place pour une durée nécessaire à la réalisation de l'acte ou justifiée par l'état de santé du patient.

Dix années ont été nécessaires pour introduire une notion plus médicale de gradation des soins avec l'instruction du 10 septembre 2020⁶, qui précise les niveaux de prises en charge, non seulement de l'hospitalisation de jour, mais aussi de l'activité externe avec la reconnaissance d'un niveau intermédiaire, ainsi que la possibilité d'un « rescrit tarifaire » pour traiter les situations inclassables. Dans ces annexes sont énoncés les soins externes, les prestations hospitalières sans hospitalisation (urgences, petit matériel, sécurité et environnement hospitalier, produits pharmaceutiques en environnement hospitalier), les séjours en unités d'hospitalisation de courte durée, l'hospitalisation de jour et les forfaits pathologies chroniques.

Passer du lieu de délivrance des soins à l'environnement et aux compétences nécessaires

Ainsi, c'est par la tarification que commencent à être définis les différents niveaux d'environnement et leur gradation. Il est à rappeler que la tarification reste un des lieux majeurs de mise en cohérence entre les différentes sphères d'activité concernées : médicale, économique, financière, éthique, politique [9].

6. Instruction n° DGOS/R1/DSS/1A/2020/52 du 10 septembre 2020 relative à la gradation des prises en charge ambulatoires réalisées au sein des établissements de santé ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile.

À ces ambiguïtés sur la chirurgie ambulatoire et la médecine ambulatoire s'ajoutent celles d'un virage ambulatoire qui ne comporte pas *stricto sensu* le transfert de prise en charge de l'hôpital vers la ville. Le virage ambulatoire ne devrait pourtant admettre que des transferts de l'hôpital vers la ville, avec, par exemple en médecine, le transfert de cures de chimiothérapie hospitalière vers la chimiothérapie *per os* à domicile, ou, par exemple en chirurgie, le transfert de la chirurgie ambulatoire hospitalière vers la chirurgie de cabinet en ville. Mais ce virage ambulatoire, tel que défini dans la stratégie nationale de santé 2018-2022 et dans le programme ma santé 2022, recouvre aussi des notions très éloignées de l'ambulatoire, comme la pertinence des séjours (« favoriser le maintien des patients à domicile en évitant des hospitalisations non pertinentes »), ce qui relève plutôt de l'évaluation des pratiques professionnelles, ou comme la récupération améliorée après chirurgie (Raac), qui correspond à une réduction de durée de séjour hospitalière sans ambulatoire et qui relève également des bonnes pratiques professionnelles.

Il faut donc penser différemment : ce n'est plus le lieu de production (hôpitaux, cliniques, *free standing centers*, centres de santé, cabinets de ville...) qui importe, mais bien les niveaux d'environnement et les compétences, qu'il faudrait impérativement définir réglementairement. C'est à ce prix que la qualité et la sécurité des soins seront assurées et que le virage ambulatoire (qu'il conviendra de préciser sémantiquement et réglementairement) se réalisera. ➔

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 59.

Panorama français du virage ambulatoire

Gilles Bontemps
Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins, Caisse nationale d'assurance maladie

François Richaud
Direction régionale du Service médical de Bourgogne-Franche-Comté, Assurance maladie

Prescillia Nunes
Interne de médecine, spécialité santé publique, direction régionale du Service médical de Bourgogne-Franche-Comté, Assurance maladie

Compte tenu des questions sémantiques de définition et de périmètre du virage ambulatoire, le panorama français sur le virage ambulatoire présenté ici comportera les deux seules parties suivantes : une première sur la chirurgie ambulatoire hospitalière (hors chirurgie de cabinet) et une seconde sur la médecine ambulatoire hospitalière (hors séances, hors médecine interventionnelle et hors soins externes).

La chirurgie ambulatoire hospitalière

La pratique de la chirurgie ambulatoire est autorisée en France depuis 1992¹ et s'est développée lentement mais régulièrement depuis trente ans.

Son suivi a évolué dans le temps : initialement ciblé sur quelques actes – liste des dix-huit gestes marqueurs

1. Décret 92-1100 du 2 octobre 1992 portant application de l'article L. 712-10 du Code de santé publique ; décret n° 92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du Code de la santé publique en application de l'article L. 712-9 (3°) de ce même code.

à partir de 2003² –, le suivi s'est ensuite étendu à partir de 2015 à la totalité des actes de chirurgie. La liste initiale des dix-huit gestes marqueurs, liste limitée mais significative d'actes potentiellement ambulatoires dérivant d'une liste internationale de l'OCDE, a été coconstruite par la Caisse nationale d'assurance maladie et l'Association française de chirurgie ambulatoire. Toutes les spécialités y étaient représentées. Elle recouvrait 36 % de l'activité chirurgicale française et a vu son taux d'ambulatoire passer de 33 % en 1999 à 85 % en 2018. Dès lors que la quasi-totalité des actes de cette liste fut ambulatoire, cette liste a cédé la place à un suivi annuel du taux ambulatoire sur la totalité de la chirurgie.

Des différences régionales

Le taux national de chirurgie ambulatoire sur la totalité de la chirurgie (tous les chiffres et graphiques du panorama chirurgical proviennent de l'outil d'accompagnement en

2. Programme national inter-régimes (Pnir). Enquête chirurgie ambulatoire. Volet synthèse et mise en perspective. Caisse nationale d'Assurance maladie, septembre 2003.